セカンドオピニオン外来同意書

（ご相談者が、ご家族の場合は、本同意書を必ず提出してください）

富山大学附属病院　殿

（家族氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（家族住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（続柄・関係）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、私の疾患についての診断及び治療内容、今後の見通しにつきまして、上記の者に対して、貴院担当医師が意見や判断を述べることに同意いたします。

西暦　　年　　月　　日

住　所　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

名　前　：（同意者・患者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

■ 相談者が患者本人ではなく、家族（配偶者、親又は保護者、子（18歳以上）、兄弟）となる場合は、本同意書のほか、相談者の身分を証明するもの（保険証、運転免許証等）及び患者と相談者との関係を証明するもの（住民票、戸籍謄本等）をセカンドオピニオン外来当日にご提示ください。

■ 相談者が海外在住の外国人の場合は、本人を証明するもの（①パスポートのコピー又は日本国ビザのコピー、②患者と相談者の関係を証明するもの〈患者と相談者が異なる場合〉）をセカンドオピニオン外来当日にご提示ください。また、必ず医療通訳者を伴いご来院ください。（医療コーディネーターのみの代理相談は受け付けておりません）